

O-11-13

データからみる病床再編初期の変化

沖縄赤十字病院 事務部 経営企画・情報課

にしひら なおと
○西平 直人

背景) 当院の在院日数は短縮傾向にあり、平成28年度と比較しても平成29年度はさらに1日短縮し、12.6日となった。新入院患者を獲得しつつも、一般病床(286床)の利用率は79.4%であり、1日あたりの在院患者数は227人であった。沖縄県の南部医療圏での地域医療構想を踏まえ、急性期機能を維持しつつ、診療機能の充実を検討した結果、既存の6病棟のうちの1病棟を緩和ケア病棟(26床)に転換することに決まった。着目点) これにより、一般病床は286床から段階的に246床となる。今年度4月から改修工事が着工し、5月末に完了した。今回、この4月から6月までの病床再編初期における一般病床の統計数値(病床利用率、病床回転率、平均在院日数、DPC入院期間等)の変化に着目した。考察) 平成29年度と比較して、平成30年4月以降、病床数減に伴い、病床利用率は増加した(6月:90.2%)。病床回転率は1.9から2.2となった。平均在院日数も12.6日から12.4日へと短縮傾向にある。特に退院促進が図られ、退院した患者をDPC入院期間別で前年と比較すると、入院期間3と3超をあわせた患者割合が26.6%増となっていた。このことから今回は入院期間が長い患者からの退院がなされた。7月以降の退院患者では入院期間3と3超の患者数は減少して、入院期間2以内での退院患者が増えてくることが望ましいと考える。まとめ) 当院の病床再編での初期段階では、一般病床数の減により病床利用率はあがった。空床数も少なくなったことから、退院させなければ病床が確保できない状況となり、退院促進への力に働いたと推察する。結果、病床回転率はあがり、在院日数も短縮傾向にある。また、1日あたりの入院患者数と空床数が近くなったことで、常に退院を意識した病床管理が必要となっている。今回の病床再編は、現時点においては急性期病床をより急性期らしい運用へ近づけさせるものと考えている。

O-12-2

退院後の療養先となる他機関の空床情報の共有方法について

横浜市立みなと赤十字病院 医療社会事業部 医療社会事業課

こやまれ おな
○小山玲緒奈、持松 泰彦、渡邊 貴子

【はじめに】当院は、断らない救急をモットーに12621台の救急車を受け入れ、平均在院日数9.9日の急性期病院である。療養・福祉相談室(以下、相談室)では、患者のニーズ・病状に合った療養先を検討し、自宅以外に退院する場合は他機関へスムーズに退院できるよう調整を図る役割がある。市内から県外の病院・施設から空床の情報提供があり、これらの情報を相談室内で閲覧していたが、頻度や量が多く活用できていなかった。そこで、他機関の空床情報の共有方法について業務改善を行ったので、ここに報告する。【目的】患者・家族に最新の情報提供を行えるように、効果的に空床情報を確認できる体制を整える。【実施方法】1) 情報提供があった施設名、日付、分類(回復期・包括・療養・精神・一般・老健・有料・特養・GH)、人力者、空床情報を共有フォルダ内のエクセルシートに入力する。週一回、空床情報を更新し、院内メールで部署内のメンバーへ送信する。2) 部署内のメンバー13名に対してアンケートを実施し、効果を確認する。【結果】メールが届くこと確認するという意見が10件と最も多くあり、以前より空床情報を退院・転院支援に活用するメンバーが11名増加した。メンバー全員より、以前より改善した方法で継続したいという結果が得られた。【考察】空床情報を紙で閲覧するのではなく、普段から利用しているパソコンでタイムリーに確認できるようにしたこと、空床情報を活用しやすくなった。患者・家族にも最新の空床情報が提供できるため、早期に転院・施設入所が決まったケースもある。早期の転院・施設入所は、患者の早期リハビリや入院が長期化することで生じる認知力・ADLの低下を防ぐことにも繋がるため、患者・家族にとってもメリットとなる業務改善であった。

O-12-4

入退院支援センターにおける療養・福祉相談室の役割

横浜市立みなと赤十字病院 医療連携センター 医療社会事業課

はっとり ゆうこ
○服部 祐子、持松 泰彦、渡邊 貴子

【はじめに】当院は断らない救急をモットーに年12621台の救急車を受け入れ、平均在院日数9.9日の急性期病院である。平成30年4月より入退院支援センターを開設し、入院前から多職種による情報収集・アセスメント・相談支援を行っている。今回、入退院支援センターにおける入院時支援を開始して見えてきた療養・福祉相談室(以下相談室)の役割を報告する。【支援の実践】入院予約の患者に対し退院困難な要因をスクリーニングし、該当者は相談室で入院時支援を実施している。退院困難な要因が悪性腫瘍の場合は、がん相談支援センターの紹介、就労支援、アピアランス支援、不安の軽減を行い、がん相談支援センターの周知とタイムリーながん相談支援を実施した。退院困難な要因がADL低下・介護保険未申請・入退院を繰り返す・医療処置が必要な場合は、介護保険の情報提供、地域包括支援センターの紹介、療養環境の情報収集を行い、入院時支援の情報をもとに早期より病棟看護師と連携し退院支援を実施した。【考察】がん患者の入退院支援の場合は、ADL低下や看取りの場を選択時に初めて介入するケースが多い。今回入院時支援を実施し、診断から看取りまで病期に合わせたがん相談支援を実施することがその人らしい療養生活を送ることにつながると分かった。今後療養支援が必要な患者の場合は、事前に病院や地域の相談窓口を情報提供することで、病気などにより介護が必要になったときに心の準備になると考える。入退院支援センターにおける相談室の役割は、困ってから支援するのではなく病気やADLに合わせてサポートが受けられるよう院内多職種連携のみならず地域へつながることだと考える。相談室での入院時支援を受け、安心して治療と療養生活が送れるように支援していきたい。

O-12-1

ICTシステムを用いた地域包括ケアシステム構築への取り組み

三原赤十字病院 医療社会事業部 地域医療連携課

やなぎさこ みつひろ
○柳道 三寛、三阪 栄花、羽田千恵美、海蔵寺優香、
平田直留美、山本 巧、森島 稔

【はじめに】当院では、平成25年度より三原市、三原市医師会と共に、三原市における地域包括ケアシステムを構築するため保健・医療・福祉の機関が一issantした協議会「三原市地域包括ケア連携推進協議会」を組織し、地域包括ケアシステム構築に向けた活動を行っている。平成27年度にこの取り組みのひとつとして、医療介護連携の充実を目的にICTシステムを導入し運用を行ってきたので取り組みと運用実績について報告する。

【取り組みの概要】在宅医療の充実に向け医療・介護の連携強化が求められている。しかし、在宅医療における連携の場面では、多職種がひとりの患者支援に携わることから、情報共有の方法として電話やFax等が用いられてきた。電話やFaxなどによる情報共有は、連携における多大な業務量となっており、情報の不足や漏れ、遅延などによる生産性の低下や経費の増大などさまざまな課題を抱えている。こうした課題に取り組むため、当協議会ではクラウド型のICTシステムを導入し、連携における省力化と生産性の向上と経費節減、ケア品質の向上を図ることとした。

ICTシステムの導入に際しては、利用する支援者のICTシステムへの苦手意識の克服が大きな課題であり、支援者の心理的な負担を軽減するための取り組みが必須の取り組みとなった。

【まとめ】平成27年度より利用を開始したシステムは、平成30年3月で計187件となっている。支援者の心理的負担を軽減するためには、丁寧な説明と実際に利用している者の体験の共有が重要な要素である。こうした、利用体験の共有を図るための取り組みを展開することで更なる支援者同士のコミュニケーションが促進され連携の質が向上する等新たな効果を見ることができた。

O-12-3

PFMを導入した患者支援センターの運用と課題～通院サポート強化して～

富山赤十字病院 患者支援センター¹⁾、看護部²⁾

しらいしづよ
○白井志津世¹⁾、林 亜伊子¹⁾、橋本 美紀¹⁾、篇原 志信²⁾、
岡田 芳美²⁾

【はじめに】A病院は富山市中心部にあり、人口減少、高齢化という社会情勢を踏まえ、2003年に地域医療連携課を開設、2010年退院調整部門を立ち上げ退院支援を行ってきた。しかし高齢化が加速し在宅志向が高まるなか、2018年10月に通院から多職種が介入し、より安全で安心な療養支援ができるようPFM(patient flow management)を基本とした患者支援センターを開設した。その運用と活動状況について報告する。【取り組みの実践】患者支援センター設置は看護部主導で計画し、病院経営会議で承認を得たのち設置の目的や活動内容、方法を看護管理研修会、病院長業務連絡会等で院内周知を図った。通院中の患者への支援は、外来看護師にアンケート調査を行い「療養支援スクリーニングシート」を作成し、シートと外来記録から読み取れる情報をもとに行った。また療養支援内容が医療者間で共有できるよう支援記録形式を作成し記録するよう努めた。患者支援センターには、PFMを担う療養支援係、地域医療連携係、退院支援係、病床管理の4部門を設置、看護師がコーディネーター役となり部門内や院内の多職種との協働をはかっている。【今後の課題】2025年問題に向け「地域完結型医療」へ変遷し、より地域との協働が求められるが、限られた時間での療養支援にはさらに外来看護師との連携やスキルアップが必要となる。また患者支援センターの活動を地域の在宅担当者に広く知って活用できるような広報活動も必要と考える。

O-12-5

退院後病棟看護師訪問実習の取り組みと評価

大阪赤十字病院 入退院支援課

いしかわ ともこ
○石川 知子、茅野 和代、長滝 明子、乙田 浩子、谷口 香織、
稲上 千晴、吉田輝恵子、大島 富枝

【はじめに】当院では、看護師の退院支援実践力の向上を目指し、2011年より退院支援について研修を行ってきた。しかし、病棟看護師が患者宅を訪問し、入院中に行った退院指導を振り返る機会がなかった。今回、「病棟看護師が、患者の自宅での生活を見ることができ、退院指導の振り返りを行い、今後の病棟での退院支援の向上に繋げる。」ことを目的に、病棟看護師が訪問看護師と同行訪問を行うという退院後病棟看護師訪問実習(以下、訪問実習)を行った。そこで、訪問実習の取り組みについて報告する。【期間】2017年6月～2018年3月 【方法】1.希望する病棟看護師は、退院前カンファレンスを行い、訪問看護師と指導内容を確認する。2.病棟看護師が提出した訪問実習アンケート用紙より評価を行う。3.実習後病棟看護師は、訪問実習記録を元に病棟で「退院支援の振り返りカンファレンス」を行う。【結果】1.実習参加者は8名であった。2.アンケート結果は「病棟で患者・家族へどのような指導が必要か理解することができた」「今後病棟で在宅移行する患者・家族へどのような支援が必要かイメージすることができた」という設問については、参加者全員が肯定的評価であり、否定的評価はなかった。3.訪問実習後の「退院支援の振り返りカンファレンス」では、フィードバックを行い、病棟看護師達が行った指導や関わりを見直す機会を持った。【考察】看護師が患者宅に出向き、病院と在宅での療養環境の違いをみて退院支援の振り返りを行うことにより、今後、病棟で行う退院指導にどのような支援が必要であるのか具体化できたと考える。よって、訪問実習は、「病棟看護師が在宅のイメージ化を図り、患者・家族のQOLの向上に向けた退院支援を行う。」ことに繋がると考える。